

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
	VIDEOHISTEROSCOPIA CIRÚRGICA OU DIAGNÓSTICA	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

Qual o procedimento será realizado?

() vídeo histeroscopia cirúrgica – VHC

() vídeo histeroscopia diagnóstica - VHD

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

O QUE É UMA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA/DIAGNÓSTICA? É uma técnica utilizada para realizar cirurgias ou biópsias dentro do útero, por meio de instrumentais apropriados (endoscópios), sem a necessidade de se abrir a cavidade abdominal como na cirurgia convencional.

COMO É REALIZADA UMA HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA/DIAGNÓSTICA? Por meio de instrumentais específicos, o cirurgião insere um tubo bem fino na barriga (laparoscopia) por meio de pequenos cortes. Utilizando uma câmara e uma luz na ponta dos tubos, o médico realiza a cirurgia visualizando o interior da cavidade uterina por meio de uma tela de vídeo. Desta forma, é possível estudar a cavidade uterina, assim como retirar materiais para estudos (biópsias) ou fazer tratamentos cirúrgicos, como retirada de pólipos, miomas, sinéquias, etc.

POR QUE EU SEREI SUBMETIDA A ESTA CIRURGIAPROCEDIMENTO? As indicações mais comuns são: necessidade de diagnósticos sobre doenças do útero, assim como retirada de miomas, pólipos, etc. Se tiver alguma dúvida, pergunte ao seu médico sobre a indicação.

PRECISA DE ANESTESIA? Sim, necessita de anestesia, que será avaliada e realizada pelo médico anesthesiologista, podendo ser anestesia geral ou locorregional (na medula espinhal).

QUAIS AS VANTAGENS DESTA TIPO DE PROCEDIMENTO? A cirurgia guiada pela histeroscopia tem a vantagem de não precisar de uma grande abertura na cavidade abdominal (como cirurgias tradicionais de abdome) e ainda cursa com menos complicações (sangramento, infecções, dor, etc) no pós-operatório. O tempo de internamento e recuperação é menor.

QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA CIRURGIAPROCEDIMENTO? Dependendo do procedimento, poderá ocorrer dor depois da cirurgia, principalmente abdominal e/ou lombar, devido a posição durante o procedimento, que será amenizada com medicações. Existe um risco aumentado de sangramentos, formação de hematomas, e pode ser necessário transfusão durante ou após a cirurgia. Mesmo com todo o cuidado de assepsia, podem acontecer infecções após o procedimento, sendo necessário uso de antibióticos, drenagem de secreções (abscessos). Raramente pode haver ferimentos no colo uterino que precisem dar pontos (suturar). Apesar de extremamente raro, é importante saber que existe um risco muito baixo de perfuração uterina e lesão de órgãos na cavidade abdominal, podendo exigir uma cirurgia abdominal de urgência. Todo procedimento e cirurgia aumenta o risco de tromboembolismo (sangue coagulado de uma veia que se desloca de seu local de formação e migra para um dos pulmões). O risco de óbito é geralmente muito baixo e depende do procedimento a ser realizado e do estado prévio de saúde do paciente. Existe ainda a possibilidade de o procedimento não poder ser realizado, por apresentar um colo uterino muito estreito ou ao se descobrir, durante o procedimento que o mioma é muito grande na sua parte intramural (dentro do músculo).

E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO? Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida e novos exames ou procedimentos diferentes daqueles propostos inicialmente, para o melhor resultado da minha cirurgia.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
E ESCLARECIDO (TCLE)****VIDEOHISTEROSCOPIA CIRÚRGICA
OU DIAGNÓSTICA****Preencher quando não houver etiqueta**

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Prontuário: _____

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico.

Entendo que o procedimento pode não ser definitivo, com retorno futuro das lesões e que após o procedimento, raramente, pode haver um comprometimento da capacidade de engravidar.

Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhada por uma pessoa adulta.

() PACIENTE () RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____

Identidade: _____

Aracaju ____/____/____

Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Aracaju ____/____/____

Hora: ____:____

CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Aracaju ____/____/____

Hora: ____:____